ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | **CO-OPS-FT-11 V6**

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01-sep.-21 | Hasta: | 31-oct.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | JACKELINE GUACA RUIZ | | Cédula: | 1070605617 | | | |
| Correo Electrónico: | jacky1831@hotmail.com | | Teléfono(s): | 3123848017 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | JEIMY FUENTES RUEDA | | Perfil | LIDER DE PROCESO | No. CTO: | 5871-2021 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO: | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 004333 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 368 |
| PERFIL: | PROFESIONAL DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION GESTION DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Ocultar | | | | | | | |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | | |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | $ - | 0,00% |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| GESTION DEL RIESGO | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Ocultar | | | | | | | |
| PIC VIGILANCIA SALUD PUBLICA SALUD PUBLICA | | SALUD PUBLICA | K32PI | | | | $ 3.627.684 | 100,00% |
| | | | | | | | | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 3.627.684 | TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS |

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 20/03/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/04/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| 1 | 2021-05-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 9.402.874 | 992 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-07-15 | | $ - | | 2 | | |
| 3 | 2021-07-16 | 2021-08-31 | 2 | $ 3.627.684 | 1875 | 3 | Marzo | $ 3.570.150 |
| 4 | 2021-09-01 | 2021-10-31 | 3 | $10.883.052 | 2195 | 4 | Abril | $ 3.627.684 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 3.627.629 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 3.627.684 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 3.627.684 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 3.627.684 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 3.627.684 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 3.627.684 |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.078.681 | $ 28.992.291 | $ 28.963.883 | $ 28.408 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar Investigación epidemiológica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública. | Acompañamieto a las 4 subredes para notificacion de la estrategia angeles guardianes, según semana epidemiologica y lineamientos | Actas de asistencia tècnica |
| 2 | Realizar Investigación socio epidemiológica de campo. | Se realiza seguimiento al reporte y notificación de las subredes por medio de análisis de bases de datos, así como seguimiento a indicadores de la estrategia Ángeles Guardianes de cada subred. Se comparten resultados y hallazgos de forma virtual por medio de correo electrónico y asistencia tecnica con las subredes. | Bases de datos e infografia semanal con resultados. |
| 3 | Realizar asistencia técnica y mantenimiento a Unidades comunitarias. | Realizar el proceso de alistamiento para las auditorias internas y externas que realicen al respectivo proceso. | Documentos subidos a drive del proyecto especial |
| 4 | Registrar la información de la Intervención Epidemiológica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido. | Según casos presentados y reportados se remite a referente institucional o espacios de vida cotidiana para seguimiento y atención de la usuaria | correos electronicos en cuenta de poryecto especial |
| 5 | Identificar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes competentes. | Realizar seguimientos a casos de MME de usuarias no aseguradas, reportadas por el INS en base. | Base de seguimientos diligenciada. |
| 6 | Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demás actividades que garanticen las sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM). | Acciones de asistencia técnica plan de choque a mortalidad materna y morbilidad materna extrema y acompañamiento a las subredes, dando seguimiento a la estrategia Ángeles Guardianes en compañia de lider de la estrategia y referentes distritales. | Actas y listados de asistencia, correos electronicos de invitación y programación de reuniones. |
| 7 | Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente). | Se apoya realización de informe de gestión | Informe de gestión enviado via correo electronico por lider de proyectos especiales |
| 8 | Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación. | En base de canalizaciones se encuentra las usuarias con casos trazadores que son enviadas a las EAPB según corresponda para e proceso de atencion. | Base de canalizaciones |
| 9 | Realizar asesoria y asistencia técnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales. | Acompañamiento a las unidades de analisis de evento de salud materno infantil según programacion de cronograma distrital. | Actas y listados de asistencia, correos electronicos de invitación y programación de reuniones. |
| 10 | Registrar llamadas, asesoria virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadisticas Vitales. | Acciones de apoyo y seguimiento tecnico a referente SDS salud materno infantil | Actas y listados de asistencia, correos electronicos de invitación y programación de reuniones y productos según solicitud. |
| 11 | Otras actividades | Participacion ULC | Link de asistencia, pretest y postest |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 3.627.684 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 9 | 2021 | 10 | 11 | 53955836 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROVENIR | $ 1.451.074 | $ 232.200 | $ 232.400 |
| SALUD | | SANITAS | | $ 181.400 | $ 181.500 |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 35.300 | $ 35.400 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 448.900 | $ 449.300 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BBVA COLOMBIA | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 389320722 |
|---|---|---|---|---|---|

Jackeline Guaca R.

JACKELINE GUACA RUIZ

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

1.070.605.617

CC. NO. CONTRATISTA

Jeimy Fuentes Rueda.

JEIMY FUENTES RUEDA

NOMBRE DEL SUPERVISOR

LIDER DE PROCESO

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

0

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1070605617 | JACKELINE GUACA RUIZ | CLL 16 # 4 - 45 | 3123848017 | jacky1831@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 11/10/2021 | 53955836 | $449.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 181.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 181.500 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 232.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 232.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 35.400 | | | | 35.400 | 0 | 0 | 35.400 | | | 354 | 35.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 181.500 | 181.500 |
| Pensión | 1 | 232.400 | 232.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 35.400 | 35.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 449.300 | 449.300 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1070605617 | JACKELINE GUACA RUIZ | CLL 16 # 4 - 45 | 3123848017 | jacky1831@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

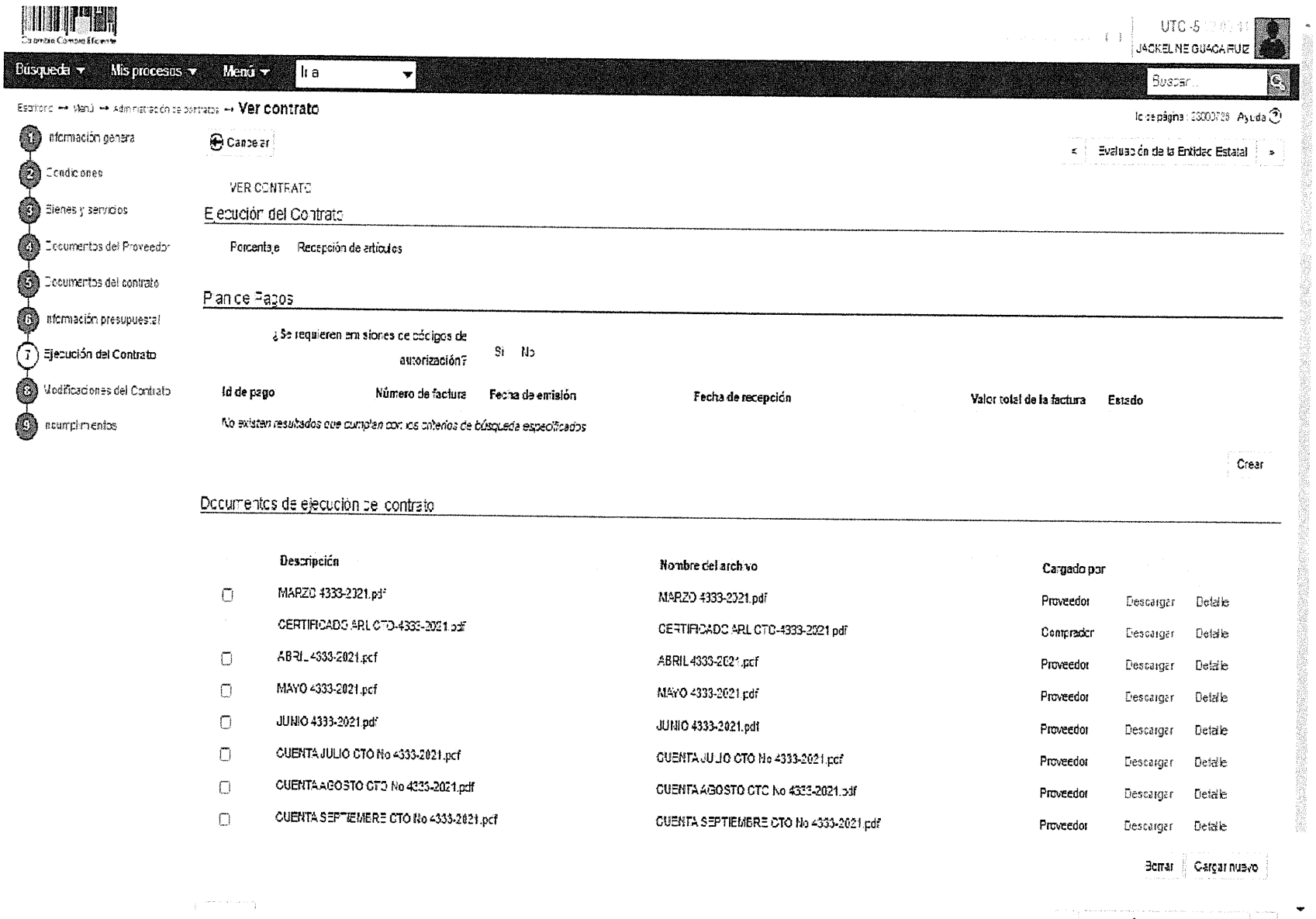
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-09 | 2021-09 | I | 11/10/2021 | 53955836 | $449.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza Exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1070605617 | GUACA RUIZ JACKELINE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.452.000 | 232.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.452.000 | 181.500 | 14-7 | 1.452.000 | 3 | 35.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
UTC -5
JACKELINE GUACA RUIZ
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000726 Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución de contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
MARZO 4333-2021.pdf
MARZO 4333-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CERTIFICADO ARL CTO-4333-2021.pdf
CERTIFICADO ARL CTO-4333-2021.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
ABRIL 4333-2021.pcf
ABRIL 4333-2021.pcf
Proveedor
Descargar
Detalle
MAYO 4333-2021.pcf
MAYO 4333-2021.pcf
Proveedor
Descargar
Detalle
JUNIO 4333-2021.pdf
JUNIO 4333-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA JULIO CTO No 4333-2021.pcf
CUENTA JULIO CTO No 4333-2021.pcf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA AGOSTO CTO No 4333-2021.pdf
CUENTA AGOSTO CTO No 4333-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA SEPTIEMERE CTO No 4333-2021.pcf
CUENTA SEPTIEMBRE CTO No 4333-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo